LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GESTAR INNOVACION SAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	900013256
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1022981114	**Nombres y apellidos**	YULI CATERINE RUIZ
Fecha de afiliación	2025-06-04	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-06-04	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	1	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YULI CATERINE RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.981.114**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 712726210

El Banco AV Villas certifica que: **Yuli Caterine Ruiz**
identificada con el documento No. 1022981114, tiene en la oficina AUTOPISTA CALLE 98 (450) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 712726210 desde el 21 de octubre de 2019.

Fecha de expedición: 15/07/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA

Que la señora YULI CATERINE RUIZ , con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 1022981114 se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en la ciudad de Bogota, por la Empresa YULI CATERINE RUIZ, NIT/CC 1022981114 en calidad de INDEPENDIENTE, desde el 25 de mayo de 2023.

Se expide el día 31 de julio de 2025a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YULI CATERINE RUIZ**				**CC:**	**1022981114**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KATARUIZ619@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3124200121**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6 ESTE 81C 92 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**712726210**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6092 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/08/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/04 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.902.180**					

YULI CATERINE RUIZ
PS_6092_2025_9DE1C0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YULI CATERINE RUIZ
CC: 1022981114
CEL: 3124200121

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
YULI CATERINE RUIZ			
	CON C.C N°	**1.022.981.114**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6092 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/08/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.500.008	**No. HORAS EJECUTADAS**	**140**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.500.024	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.902.180
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Se realiza intervenciones en salud segun lo estableció en la Resolución 3280 de 2018. Esto se hace mediante visitas a los domicilios en las localidades de Antonio Nariño, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe. De esta forma, podemos entender mejor qué necesita cada persona y ofrecerle la atención en salud que le corresponde, lo que ayuda a que la comunidad tenga mejor acceso a los servicios y promueva su salud de manera más efectiva.
2	Se realiza cargue de vistas en plataforma GTAPS de las visitas domiciliarias en las localidades de Antonio Nariño, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, con toda la informacioin recdolectada, garantizando la apertura de la historia clínica y el acceso al profesional de salud correspondiente, quien consigna la atención en el sistema de información, fortaleciendo el registro y el seguimiento oportuno de la población atendida.
3	Se verifica en plataforma GTASP los usuarios de las visitas domiciliarias en las localidades de Antonio Nariño, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, verificando el registro de la atención prestada a la comunidad y dando cierre a los procesos establecidos, con enfoque en el seguimiento y continuidad del cuidado
4	. se realiza visitas domiciliarias en las localidades de Antonio Nariño, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, donde lleva un registro diario de los usuarios caracterizados, consignando información relevante para el seguimiento en salud y contribuyendo a la identificación de necesidades, promoción del autocuidado y fortalecimiento de la atención comunitaria.
5	Asisto a los comités convocados por la subred centro oriente en las fechas establecidas
6	Apoyo en el desarrollo de actividades de salud pública bajo el convenio EBS del Ministerio de Salud y Protección Social, realizando visitas comunitarias en las localidades de Antonio Nariño, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, con el fin de fortalecer la promoción, prevención y el seguimiento en salud según la Resolución 1499 de 2024.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-04) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*YULI CATERINE RUIZ* *PS_6092_2025_9DE1C0* **YULI CATERINE RUIZ** **CC: 1022981114**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6092_2025_9DE1C0* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**